

保険医療機関のための

診療報酬と カルテ記載

令和6年版

社会保険研究所

はじめに

厚生労働省から令和4年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況が公表され、保険医療機関等から返還を求めた額は約19億7千万円、そのうち指導による返還分は約10億2千万円です。

保険医療機関等の指定取消は18件、保険医等の登録取消は14人でした。保険医療機関等の指定取消処分の原因（不正内容）を見ると、架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求など不正の内容は多岐にわたっているとの結果が出ています。

保険診療は、健康保険法等の各法に基づき、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に基づいています。保険医療機関は、健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）に従って、療養の給付及び費用の請求を行い、保険医は保険診療のルールに従って、療養の給付を実施します。ルールに従って行われていない場合は、行政指導等の対象となります。

保険診療として診療報酬が支払われる条件の一つに、「診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っていること」があげられます。そして、診療報酬請求の根拠は「診療録」にあるとされています。

関係法令上守らなければならないものは多数ありますが、本書はこの点に着目し、診療報酬点数表において、算定するためには「診療録（等）に記載（又は添付）しなければならない」と規定されている内容を抜粋し、カルテ例などの付加情報を加えて編集しました。

また、全国の地方厚生（支）局から公表されている個別指導等の内容をまとめ、算定等ルールのポイントも添えさせていただきました。

多岐にわたる規定があるなか、確実な保険診療が行える一助になれば幸いです。

編者

凡例

1. 本書について

診療報酬を請求するための要件についてはさまざまな規定があります。

本書は、これらのうち、『医科診療報酬点数表』において「診療録（等）に記載しなければならない」又は「診療録（等）に添付しなければならない」と明確に規定されているものを抽出し、その項目ごとにカルテを完備するためのチェックポイント及び記載例を収載しました。

2. 構成について

第1章 適切なカルテの重要性
第2章 保険医療機関の基本的事項
第3章 診療報酬とカルテ記載（診療報酬点数表の「部」単位で掲載）
●個別指導の状況 ●診療行為の概要 ●診療録への記載要件の規定
●カルテ記載等のポイント ●記載例
付録 診療報酬明細書の記載要領等（摘要欄への記載事項等）

第1章はカルテ完備の必要性について、法的根拠を踏まえて解説しています。参考情報として、厚生労働省がホームページで公開している「指導・監査等の実施状況」を収載しています。第2章は主に診療報酬点数表以外として保険医療機関が確認しておくべき内容を、地方厚生（支）局のホームページで公開している「個別指導の状況等」から編集し掲載しています。第3章は本書の核となる部分で、診療録への記載等を必要としている項目ごとに、概要、根拠規定、記載等のポイント及び記載例を掲載し解説しています。参考情報として、「個別指導の状況等」を点数表の部ごとに編集し掲載しています。

3. 本書の表記等について

❖ 1 項目の見出しに付している次のものについては、下記の規定より抽出しました。

見出し	根拠
施設基準	基本診療料→「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発0305第5号） 特掲診療料→「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発0305第6号）
給付調整	「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（最終改正令和6年3月27日保医発0327第8号）
DPC	「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月21日保医発0321第6号）
揭示事項	「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（最終改正令和6年3月27日保医発0327第10号）

❖ 2 項目の見出しに**新**又は**改**とマークが付されているものについては、令和6年度診療報酬改定に伴い、「診療録（等）に記載又は添付しなければならない」と規定されている内容が追加になった（**新**）又は変更された（**改**）項目です。

❖ 3 ❖ 1 以外については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月5日保医発0305第4号）より抽出しました。

※ 根拠となる規定

<p>規定【記載】【添付・記載】【添付】</p>
<p>1) 服薬管理等について【記載】【添付・記載】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載する^{※2}。 <p>QA 「医薬品の管理」とは、他の医療機関で処方されたものも含め、直近の投薬内容の全てをカルテに記載するとともに、重複投薬や飲み合わせ等を含め全て管理すること。（平26.4.4 医療課事務連絡）</p>

❖4 **QA** と表示したものについては、個々にその根拠を付しています。

❖5 留意事項

- ・各項目の冒頭における解説については、カルテ記載等への背景・関連性を想起する部分として概要を記述していますので、算定のために必要なルール全てを解説したものではありません。
- ・「❖」等の傍注で、「解釈p〇〇〇参照」としているものについては、「医科点数表の解釈（令和6年6月版）（社会保険研究所発行）」における掲載頁を示しています。
- ・照復の形式で出されている疑義解釈（QA）については、原文の趣旨を摘記し簡略化しているものがあります。
- ・「記載等のポイント」では、カルテ等へ記載（記録）又は添付する内容等を箇条書きにして、チェックボックスを付しています。院内確認等にリストとしてご活用ください。

※ ポイントをチェックリスト形式で表示

<p>記載等のポイント</p>	<p><input type="checkbox"/> 患者から同意を得た旨を記載する。</p> <p><input type="checkbox"/> (入院・入所まで) 入院・入所先の他の医療機関等に処方内容^{※2}、薬歴等について情報提供をし、その履歴がある^{※3}。</p> <p><input type="checkbox"/> (退院・退所後1月以内) 入院・入所先の他の医療機関等から入院・入所中の処方内容について情報提供を受け、その履歴がある^{※4}。</p> <p><input type="checkbox"/> (入院又は入所先の保険医療機関等に対する情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合) 情報提供内容を記載する。</p>	<p>※2 処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含みます</p> <p>※3、※4 診療情報提供書等の文書により情報提供をした場合は控えを添付するなど根拠を明示します</p>
------------------------	--	--

- ・「記載例」では、ポイントに焦点を当てたカルテの具体例を掲載しました。内容は図書用に創作したものであり、実在する症例とは異なります。「●」等の傍注で、ポイントを再掲しています。

※ 記載例

<p>記載例</p>	<p>症例：2型糖尿病，高血圧等，55歳，地域包括診療加算1算定患者 9月1日～7日：A総合病院へ糖尿病の食事・運動療法教育入院</p> <p>8月17日</p> <p>S) A総合病院へ入院までの処方内容・薬歴等について情報提供を行い、医薬品の適正について連携する旨を説明。患者の同意を得る。</p> <p>O, P) 診療情報提供書を交付（診療情報提供書の写し添付）</p> <p>処方内容：① Oイスン0.3mg 3T（毎食前） ②，③，④，⑤，⑥，⑦，省略 ⑧ マスリー5mg 1T（就寝前）</p>	<p>●1 患者の同意を得た旨を記載します</p> <p>●2 情報提供に当たって文書を用いた場合は、写し等を添付します（文書以外の場合は内容を記載）</p>
-------------------	--	---

目次

第1章 適切なカルテの重要性

- I カルテに関する法的義務 3
- II カルテと診療報酬 4
- III 指導・監査等について 5

第2章 保険医療機関の基本的事項

- I 保険医療機関として/届出, 報告, 掲示等 11
- II 診療報酬請求について 12
- III 会計関連について 13
- IV その他事項 14

第3章 診療報酬とカルテ記載

基本診療料 第1部 初・再診料

- 個別指導の状況とポイント 18
- A000 初診料 情報通信機器を用いた診療
- A001 再診料 情報通信機器を用いた診療
- A002 外来診療料 情報通信機器を用いた診療 20
- A000 初診料 機能強化加算 22
- A001 再診料 外来管理加算 23
- 電話等再診 24
- 地域包括診療加算改, 認知症地域包括診療加算 25
- 薬剤適正使用連携加算 27

基本診療料 第2部 入院料等

- 個別指導の状況とポイント 30
- 入院料等 他医療機関への受診 37
- 入院料等 通則 入院診療計画, 院内感染防止対策, 医療安全管理体制, 褥瘡対策, 栄養管理体制, 意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準 38
- A100 一般病棟入院基本料 救急・在宅等支援病床初期加算 39
- A101 療養病棟入院基本料改 40
- 施設基準改 42
- 褥瘡対策加算改 43
- 経腸栄養管理加算新 44
- A102 結核病棟入院基本料 結核患者への化学療法 45

- A103 精神病棟入院基本料 重度認知症加算 46
- A104 特定機能病院入院基本料 結核患者への化学療法 47
- 重度認知症加算 47
- A106 障害者施設等入院基本料 基本料算定患者 48
- 脳卒中/重度意識障害等/慢性腎臓病新 49
- A108 有床診療所入院基本料 看取り加算, 栄養管理実施加算 50
- A109 有床診療所療養病棟入院基本料改, 褥瘡対策加算, 看取り加算 51
- A204-2 臨床研修病院入院診療加算 52
- A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算 53
- A206 在宅患者緊急入院診療加算 54
- A226-2 緩和ケア診療加算 55
- A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算 56
- A226-4 小児緩和ケア診療加算新, 小児個別栄養食事管理加算新 57
- A229 精神科隔離室管理加算 59
- A230-4 精神科リエゾンチーム加算 60
- A231-2 強度行動障害入院医療管理加算 (医療度判定スコア) 施設基準 61
- A231-3 依存症入院医療管理加算 62
- A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算新 63
- A233-2 栄養サポートチーム加算 64
- A234-4 重症患者初期支援充実加算 65
- A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 (特定地域) 66
- A242-2 術後疼痛管理チーム加算 67
- A244 病棟薬剤業務実施加算 69
- A246 入退院支援加算 70
- 地域連携診療計画加算 71
- 入院時支援加算 72
- 総合機能評価加算 72
- A246-2 精神科入退院支援加算新 73
- A246-3 医療的ケア児 (者) 入院前支援加算新 74
- A247 認知症ケア加算改 75
- 身体的拘束を実施した日 78
- A248 精神疾患診療体制加算 79
- A250 薬剤総合評価調整加算 80
- A251 排尿自立支援加算 81
- A301 特定集中治療室管理料 早期離床・リハビ

リテーション加算	83	B001 [1] ウイルス疾患指導料	113
早期栄養介入管理加算	84	B001 [2] 特定薬剤治療管理料	114
A303 総合周産期特定集中治療室管理料 成育連携支援加算	85	B001 [3] 悪性腫瘍特異物質治療管理料	115
A304 地域包括医療病棟入院料 新	86	B001 [4] 小児特定疾患カウンセリング料	116
リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 新	87	B001 [5] 小児科療養指導料, 人工呼吸器導入時相談支援加算	117
A306 特殊疾患入院医療管理料 脳卒中/重度意識障害等/慢性腎臓病 新	88	B001 [6] てんかん指導料	118
A307 小児入院医療管理料 退院時薬剤情報管理指導連携加算	89	B001 [7] 難病外来指導管理料, 人工呼吸器導入時相談支援加算	119
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 改	90	B001 [8] 皮膚科特定疾患指導管理料	120
A308-3 地域包括ケア病棟入院料, 急性期患者支援病床初期加算 改 , 在宅患者支援病床初期加算 改	91	B001 [12] 心臓ペースメーカー指導管理料	121
A309 特殊疾患病棟入院料 脳卒中/重度意識障害等/慢性腎臓病 新	93	B001 [14] 高度難聴指導管理料	122
A310 緩和ケア病棟入院料 緩和ケア疼痛評価加算	93	B001 [15] 慢性維持透析患者外来医学管理料	123
A311 精神科救急急性期医療入院料 非定型抗精神病薬加算		B001 [16] 喘息治療管理料	124
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 非定型抗精神病薬加算		B001 [18] 小児悪性腫瘍患者指導管理料	125
A311-3 精神科救急・合併症入院料 非定型抗精神病薬加算		B001 [20] 糖尿病合併症管理料	126
A312 精神療養病棟入院料 非定型抗精神病薬加算		B001 [21] 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	127
A315 精神科地域包括ケア病棟入院料 非定型抗精神病薬加算 新		B001 [22] がん性疼痛緩和指導管理料, 難治性がん性疼痛緩和指導管理加算 新	128
A318 地域移行機能強化病棟入院料 非定型抗精神病薬加算	94	B001 [23] がん患者指導管理料	129
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	95	B001 [24] 外来緩和ケア管理料	133
A312 精神療養病棟入院料 改	96	B001 [26] 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	135
A314 認知症治療病棟入院料	97	B001 [27] 糖尿病透析予防指導管理料 改 , 情報通信機器を用いた場合	136
A315 精神科地域包括ケア病棟入院料 新	98	B001 [28] 小児運動器疾患指導管理料	138
A317 特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理を行う場合	99	B001 [29] 乳腺炎重症化予防ケア・指導料	139
A318 地域移行機能強化病棟入院料 改	100	B001 [30] 婦人科特定疾患治療管理料	140
A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 改	102	B001 [31] 腎代替療法指導管理料	141
A400 短期滞在手術等基本料	104	B001 [32] 一般不妊治療管理料	142
		B001 [33] 生殖補助医療管理料	144
		B001 [35] アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	146
		B001 [36] 下肢創傷処置管理料	147
		B001 [37] 慢性腎臓病透析予防指導管理料 新 , 情報通信機器を用いた場合 新	148
		B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料	150
		B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	151
		B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	152
		B001-2-5 院内トリアージ実施料	153
		B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	154
		B001-2-8 外来放射線照射診療料	156
		B001-2-9 地域包括診療料 改 , 薬剤適正使用連携加算	157
		B001-2-10 認知症地域包括診療料, 薬剤適正使	
特掲診療料 第1部 医学管理等			
個別指導の状況とポイント	106		
B000 特定疾患療養管理料	112		

用連携加算	159
B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 改	160
B001-3 生活習慣病管理料 (I) 改	
B001-3-3 生活習慣病管理料 (II) 新	162
B001-3-2 ニコチン依存症管理料	165
B001-7 リンパ浮腫指導管理料	167
B001-8 臍ヘルニア圧迫指導管理料	168
B001-9 療養・就労両立支援指導料	169
B002 開放型病院共同指導料 (I)	
B003 開放型病院共同指導料 (II)	171
B004 退院時共同指導料1	
B005 退院時共同指導料2	172
B005-1-2 介護支援等連携指導料	173
B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支 援料	174
B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)	
B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料 (II)	175
B005-6 がん治療連携計画策定料	176
B005-7 認知症専門診断管理料	177
B005-7-2 認知症療養指導料	179
B005-7-3 認知症サポート指導料	180
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	181
B005-9 外来排尿自立指導料	182
B005-11 遠隔連携診療料	184
B005-12 こころの連携指導料 (I) 改	185
B006-3 退院時リハビリテーション指導料	186
B007 退院前訪問指導料	187
B007-2 退院後訪問指導料	188
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	189
B009 診療情報提供料 (I)	190
保険薬局に対する情報提供	191
退院時診療状況添付加算, 精神科医連携 加算	192
歯科医療機関連携加算 1, 歯科医療機関 連携加算 2	193
B009-2 電子的診療情報評価料	194
B010 診療情報提供料 (II)	195
B010-2 診療情報連携共有料	196
B011 連携強化診療情報提供料	197
B011-3 薬剤情報提供料	198
B011-6 栄養情報連携料 新	199
B014 退院時薬剤情報管理指導料	202
退院時薬剤情報連携加算	203
B015 精神科退院時共同指導料	204

特掲診療料 第2部 在宅医療

個別指導の状況とポイント	206
第1節 在宅患者診療・指導料	210
C000 往診料 緊急往診加算 新 , 夜間・休日往診 加算 新 , 深夜往診加算 新	211
C001 在宅患者訪問診療料 (I)	
C001-2 在宅患者訪問診療料 (II)	212
C001 在宅患者訪問診療料 (I) 在宅ターミナ ルケア加算, 看取り加算	
C001-2 在宅患者訪問診療料 (II) 在宅ターミ ナルケア加算, 看取り加算	213
C002 在宅時医学総合管理料, 情報通信機器を 用いた診療	
C002-2 施設入居時等医学総合管理料, 情報通 信機器を用いた診療	214
C003 在宅がん医療総合診療料	216
C004-2 救急患者連携搬送料 新	218
C005 在宅患者訪問看護・指導料	
C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料	219
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	221
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管 理料	222
C007 訪問看護指示料	223
C010 在宅患者連携指導料	224
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料	225
C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	226
C014 外来在宅共同指導料	227
C015 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導 料 新	228
第2節 在宅療養指導管理料	229
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 遠隔モニタ リング加算	
C102-2 在宅血液透析指導管理料 遠隔モニタリ ング加算 新	
C103 在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリ ング加算	230
C107 在宅人工呼吸指導管理料	231
C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔 モニタリング加算, 情報通信機器を用い て行った場合 新	232
C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料	233
C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	
C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	
C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	234
C110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料	235

C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型） 指導管理料	235
C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	
C119	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	236
C152-2	持続血糖測定器加算	237
C200	薬剤 掲示事項	238

特掲診療料 第3部 検査

	個別指導の状況とポイント	240
D001	[17] プロスタグランジンE主要代謝物 (尿)新	243
D003	[9] カルプロテクチン(糞便)	244
D006-11	FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査	245
D006-12	EGFR遺伝子検査(血漿)	245
D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	246
D006-22	RAS遺伝子検査(血漿)	247
D006-27	悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)改	248
D006-28	Y染色体微小欠失検査	250
D007	[57] ロイシンリッチ α_2 グリコプロテイン	251
D008	[51] 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	251
D014	[48] 抗HLA抗体(スクリーニング検査)	
D014	[49] 抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)改	252
D023	[24] 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出	253
D023-2	[5] クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出	253
D026	検体検査判断料 遺伝カウンセリング加算	254
D211-3	時間内歩行試験	255
D211-4	シャトルウォーキングテスト	256
D215	超音波検査, 胎児心エコー法	257
D220	呼吸心拍監視, 新生児心拍・呼吸監視, カルジオスコープ(ハートスコープ), カルジオタコスコープ	258
D225-4	ヘッドアップティルト試験	259
D237	終夜睡眠ポリグラフィー	260
D238	脳波検査判断料 遠隔脳波診断	262
D246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	263
D282-2	行動観察による視力検査	264
D282-3	コンタクトレンズ検査料	265

D283	発達及び知能検査	
D284	人格検査	
D285	認知機能検査その他の心理検査	266
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	267
D291-3	内服・点滴誘発試験	268
D313	大腸内視鏡検査 カプセル型内視鏡によるもの	269

特掲診療料 第4部 画像診断

	個別指導の状況とポイント	272
通則	画像診断管理加算	273
	画像診断管理加算 遠隔画像診断	274
E200-2	血流予備量比コンピューター断層撮影	275
E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	276

特掲診療料 第5部, 第6部 投薬, 注射

	個別指導の状況とポイント	278
掲示事項	投薬期間に上限が設けられている医薬品(内服薬・外用薬)	280
F200	薬剤 ビタミン剤の算定	
G100	薬剤 ビタミン剤の算定	281
F400	処方箋料	282
	一般名処方加算	283
G004	点滴注射 血漿成分製剤加算	
G005	中心静脈注射 血漿成分製剤加算	284

特掲診療料 第7部 リハビリテーション

	個別指導の状況とポイント	286
通則	リハビリテーションの実施に当たって	288
	疾患別リハビリテーション	289
	標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者	291
給付調整	医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行う場合	294
H000	心大血管疾患リハビリテーション料	295
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	296
H003-2	リハビリテーション総合計画評価料	297
	入院時訪問指導加算, 運動量増加機器加算	299
H003-4	目標設定等支援・管理料	300
H004	摂食機能療法	302
	摂食嚥下機能回復体制加算	303
H005	視能訓練	305

H007	障害児(者)リハビリテーション料	306
H007-2	がん患者リハビリテーション料	307
H008	集団コミュニケーション療法料	308

特掲診療料 第8部 精神科専門療法

	個別指導の状況とポイント	310
I000	精神科電気痙攣療法 麻酔医師加算	312
I000-2	経頭蓋磁気刺激療法	313
I001	入院精神療法	314
I002	通院・在宅精神療法 ^改 、介護老人福祉施設 入所者等 給付調整	315
	情報通信機器を用いた精神療法 ^新	316
	児童思春期精神科専門管理加算	317
	特定薬剤副作用評価加算	318
	3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神薬を投与	319
	措置入院後継続支援加算	320
	療養生活継続支援加算 ^改	321
	心理支援加算 ^新	322
	児童思春期支援指導加算 ^新	323
	早期診療体制充実加算 ^新	324
I002-2	精神科継続外来支援・指導料、特定薬剤 副作用評価加算	325
I002-3	救急患者精神科継続支援料	326
I003	標準型精神分析療法	327
I003-2	認知療法・認知行動療法、介護老人福祉 施設入所者等 給付調整	328
I004	心身医学療法	329
I005	入院集団精神療法	
I006	通院集団精神療法	330
I006-2	依存症集団療法	331
I007	精神科作業療法	332
I008	入院生活技能訓練療法	333
I008-2	精神科ショート・ケア	
I009	精神科デイ・ケア	334
I010	精神科ナイト・ケア	
I010-2	精神科デイ・ナイト・ケア、疾患別等診 療計画加算	335
I008-2	精神科ショート・ケア	
I009	精神科デイ・ケア	
I010	精神科ナイト・ケア	
I010-2	精神科デイ・ナイト・ケア 「精神科デ イ・ケア等」を開始した日から1年を超え る期間で週4日以上算定する場合	336
I011	精神科退院指導料	337

I011-2	精神科退院前訪問指導料	338
I012	精神科訪問看護・指導料、算定回数の特例	339
I012-2	精神科訪問看護指示料	340
I013	抗精神病特定薬剤治療指導管理料	341
I014	医療保護入院等診療料	342
I015	重度認知症患者デイ・ケア	343
I016	精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料	344 345

特掲診療料 第9部 処置

	個別指導の状況とポイント	348
J038	人工腎臓	349
	下肢末梢動脈疾患指導管理加算 施設基準	350
	透析時運動指導等加算	352
J039	血漿交換療法	353
J045	人工呼吸 覚醒試験加算、離脱試験加算	354
J045-2	一酸化窒素吸入療法	355
J047-3	心不全に対する遠赤外線温熱療法	356
J118-4	歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)	357

特掲診療料 第10部、第11部 手術、麻酔

	個別指導の状況とポイント	360
手術	全ての手術 施設基準	361
手術	「通則16」に掲げる手術(K664胃瘻造設 術) 施設基準	362
手術	周術期口腔機能管理後手術加算	363
K022	組織拡張器による再建手術「1」乳房(再 建手術)の場合	
K476-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術 (乳房切除後)	364
K190-6	仙骨神経刺激装置植込術	365
K546	経皮的冠動脈形成術	
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	366
K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)	366
K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除に よるもの) ^改	367
K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 病変 検出支援プログラム加算 ^新	368
K838-2	精巣内精子採取術	369
K884-2	人工授精	370
K884-3	胚移植術	370
K890-4	採卵術	371
K917	体外受精・顕微授精管理料、卵子調整加	

算	372
K917-2 受精卵・胚培養管理料	373
K917-3 胚凍結保存管理料	373
K917-4 採取精子調整管理料 新	374
K917-5 精子凍結保存管理料 新	374
K920 輸血	375
K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算	376
L009 麻酔管理料（Ⅰ）	
L010 麻酔管理料（Ⅱ）	377
L009 麻酔管理料（Ⅰ）周術期薬剤管理加算	
L010 麻酔管理料（Ⅱ）周術期薬剤管理加算	378

特掲診療料 第12部, 第13部

放射線治療, 病理診断

個別指導の状況とポイント	380
M000-2 放射性同位元素内用療法管理料	381
M001 体外照射 一回線量増加加算	382
M001-4 粒子線治療 粒子線治療適応判定加算	383
M001-5 ホウ素中性子捕捉療法 ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	384
N000 病理組織標本作製	
N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 改	385
N007 病理判断料	386

介護老人保健施設入所者に係る診療料

診断群分類点数表（DPC/PDPS）

保険外併用療養費

個別指導の状況とポイント

第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項 緊急時施設治療管理料	388
第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 施設入所者共同指導料	389
DPC 診断群分類点数表	390
揭示事項 保険外併用療養費	391

付 録

診療報酬明細書の記載要領等

診療行為名称等の略号（医科・抜粋）

摘要欄への記載事項等（医科・抜粋）

第1章

適切なカルテの重要性

本章では、カルテ記載の重要性について、法的根拠も踏まえながら解説しています。

I カルテに関する法的義務

〈ポイント〉

1. 保険診療分と自費分は区別して診療録を作成する
2. 診療録の記載内容は定められている
3. 診療録へは遅滞なく記載する
4. カルテは5年間、その他書類は3年間の保存義務がある

1) 自費カルテとの区別

保険診療分と自由診療分は区別して、それぞれの診療録を作成します。

【療養担当規則第8条】（診療録の記載及び整理）

保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

2) 診療録の記載事項

下記のほか、原則、診療に関することはすべて、診療録へ記載します。

【療養担当規則第22条】（診療録の記載）

保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第1号^{※1}又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

【医師法施行規則第23条】

診療録の記載事項は、次の通りである。

- ① 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢
- ② 病名及び主要症状
- ③ 治療方法（処方及び処置）
- ④ 診療の年月日

3) 遅滞なく記載する

診療録への記載は遅滞なく行います。診療録等への記載や貼付が行われず、根拠がなく診療報酬の請求が行われた場合には、不正請求とみなされる場合もあります。記載不備の場合は、50万円以下の罰則規定もあります。

【医師法第24条第1項】

医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

【医師法第33条の3】

次の各号のいずれかに該当する者は、50万円以下の罰金に処する。

- 一 第6条第3項、第18条、第20条、第21条、第22条第1項又は第24条の規定に違反した者（二号以降省略）

4) カルテは5年間、その他書類は3年間の保存義務

診療録及び療養の給付に関わる書類には、保存義務があります。

【療養担当規則第9条】（帳簿等の保存）

保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録を

※1 様式第1号ではなく、医療機関独自の様式でもよいとされていますが、この様式の各欄がすべて具備されていることは必要です。「労務不能に対する意見」「業務災害・通勤災害」の欄が省略されていることがあるので、完備するようにしましょう

◎参考 医療事故による時効は、20年であることにも注意を要します

その完結の日から3年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあっては、その完結の日から5年間とする。

※「治癒」・「死亡」・「中止」の転帰した日が、完結の日となります。

※その他の記録とは、検査記録・エックス線画像・看護記録・リハビリテーション記録等です。

※自由診療の診療録は保険診療と同様に5年間保存しなければなりません。が、その他の記録は2年間保存することとなっています（医療法第21条第1項第9号、医療法施行規則第20条第10号）。

【医師法第24条第2項】

前項の診療録であって、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、5年間これを保存しなければならない。

II カルテと診療報酬

〈ポイント〉

1. 診療報酬の根拠は診療録に求められる
2. 医療訴訟の判断は診療録に求められる
3. 診療録の不完備は自主返還などの恐れがある

診療録（カルテ）は診察を行った際の記録です。そのため、保険請求の資料、病院の管理資料や統計、医療訴訟の証拠となるほか、紹介状・照会に対する根拠、種々の申請書・診断書作成などに使われる重要なものです。

1) 診療報酬請求の根拠は診療録

保険診療において、診療報酬明細書（レセプト）に記載されていることの根拠は、すべて診療録等に求められます。

2) 医療訴訟の判断は診療録

医療訴訟が発生した場合、診療録等に記載されている内容で判断されます。記載不足など不備があったとしても、原則、加筆することはできません。

3) 不完備は自主返還などの恐れ

診療録は法に基づくものとして、診療報酬請求の根拠や医療訴訟の証拠となり得るものです。その日に行った診療内容は、速やかに診療録に記録し、関連する書類なども完備して保管しておく必要があります。

また、診療録は単なる記録にとどまらず、記載しておくべき内容や添付しておかなければならない書類の詳細が決められているものが多数あります。

診療報酬点数表における「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」に、「…要点を診療録等に記載する」「…別紙様式〇〇を添付する」「…を患者に交付し、説明する」等が規定されている項目のことです。これらは、算定要件ですので、診療録に記載、添付若しくは交付したことが実証（明記等）されている必要があります。

◎ 診療報酬の請求及び支払いが行われた後であっても、診療録等に不備があると、時に行政指導等で多額の返還を求められることがあります

◎ 診療録に記載がないものは、行われていないと判断されることもあります

※1 診療報酬の請求のうち、算定要件を満たしていない等、その妥当性を欠くものを「不当請求」といいます。例えば、「指導の要点」を診療録（カルテ）に記載することを条件に算定が認められている診療報酬について、カルテに指導の要点を記載していない等が該当します

第2章

保険医療機関の 基本的事項

本章では、個別指導の内容をもとに、診療報酬の各行為以外について、保険医療機関としての基本的な留意事項をまとめています。

I 保険医療機関として／届出、報告、掲示等

保険診療を行うためには、医療機関は保険医療を扱う機関として申請し、地方厚生（支）局長から指定を受けます。保険医療機関となった際には、さらに様々なルールが定められ、不備があると指導等の対象となります。

保険医療機関全体的なものとして、確認しておくべき内容を、公開されている直近の個別指導の状況からまとめました。

1) 保険医療機関としての標示

保険医療機関は、その病院若しくは診療所の見やすい箇所に、保険医療機関である旨を標示しなければなりません。

〈個別指導の状況〉

- ・保険医療機関である旨の標示がない。

2) 届出事項の変更

届出事項の変更がかかった際には速やかに届け出ます。また、辞退届出を行う必要があるものなど手続きを確認しましょう。

〈個別指導の状況〉

- ・次の届出事項の変更が認められたので、速やかに地方厚生（支）局長あてに届け出ること。
 - 管理者の変更
 - 診療時間、診療日、診療科の変更、
 - 保険医の異動（転入・転出、常勤・非常勤）
 - 診療科の変更
- ・届出後に施設基準を満たさなくなった加算については、診療報酬を算定しないだけでなく、速やかに変更（辞退）の届出を行うこと。

3) 院内掲示について

院内に掲示されていないだけでなく、院内に掲示されていても内容が誤っている又は不十分である場合や、見やすい場所に掲示していないなどの指摘があります。

〈個別指導の状況〉

（施設基準等）

- ・施設基準に関する事項を掲示していない、又は誤っている。
- ・入院基本料（看護配置）に関する事項の掲示が誤っている。
- ・届出事項の掲示内容が不十分である。

（保険外併用療養費等）

- ・保険外併用療養費（予約に基づく診察等）に関する事項の掲示について、療養の内容又は費用に関する記載がない。
- ・特別療養環境室料の掲示について、ベット数、場所、料金の記載がない。
- ・保険外負担に関する事項を掲示していない、又は誤っている。
（例：診断書代、健康診断料、インフルエンザ予防接種 等）

（個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の発行について）

- ・院内掲示の内容が不十分である。
- ・明細書の発行状況に関する事項を掲示していない又は誤っている。

- ◎ 保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令第7条

- ◎ すべての保険医療機関は、明細書の発行に関する状況を院内に掲示します

- ・明細書の発行状況に関する事項の掲示について、一部負担金等の支払いがない患者に関する記載がない、又は誤っている。
- ・明細書の発行状況に関する事項の掲示について、会計窓口にも明細書の交付を希望しない場合の掲示がなく、患者の意向が確認できない。

(その他)

- ・後発医薬品使用体制加算／入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払い窓口の見やすい場所に掲示していない。

II 診療報酬請求について

診療報酬請求に関しては、記載方法や請求方法は「診療報酬請求書等の記載要領等について」などにおいて定められ、妥当性を審査支払機関及び保険者が審査します。ここでは全体的なものを、個別指導の状況からまとめています。

1) 診療部門と事務部門の連携

診療内容を正確に算出し請求を行うためには、医師若しくは診療部門と事務部門の連携はととても大切です。診療録等の記載完備、請求内容との突合・点検、疑義が発生した際の速やかな確認及び保険診療に関する知識の取得（改正時の変更内容の理解等含む）など院内での体制を確保します。また、請求後には、返戻・増減点通知書が届く場合があります。その対処だけでなく、院内で情報共有し適正な保険請求が行えるための体制も必要です。

〈個別指導の状況〉

- ・診療報酬の請求に当たっては、医師と請求事務担当者が連携を図り、適正な保険請求を行う。
- ・請求事務について、診療部門と医事会計部門との十分な連携を図り、適正な保険請求に努める。
- ・診療報酬の請求に当たっては、全ての診療報酬明細書について、保険医自らが診療録との突合を行い、記載事項や算定項目に誤りや不備等がないか十分に確認する。
- ・審査支払機関からの返戻・増減点通知書について、内容を十分検討し、以後の治療や保険請求に反映させる。
- ・保険診療に関する療養担当規則等の諸規定や算定要件等の理解が十分でないことから、開設者、管理者及び保険医がそれぞれ備えるべき知識の習得に一層努める。

2) 診療報酬明細書（レセプト）について

診療録の記載内容と診療報酬明細書の内容が異なることは、即、不正請求につながります。また、診療報酬明細書の記載ルールも定められていますので必要事項の記載漏れに注意します。

〈個別指導の状況〉

(カルテとの不一致)

- ・実際の診療録の内容と診療報酬明細書上の記載が異なる。

第3章

診療報酬と カルテ記載

本章では、診療報酬の算定に当たり留意事項通知等で、「診療録（又は診療録等）へ記載する、添付する」と定められている診療行為を抽出し、各項目について下記の内容などを解説しています。

- 診療行為の概要
- 診療録への記載要件の規定
- カルテ記載等のポイント
- 記載例



基本診療料

第1部

初・再診料

初診料又は再診料は、簡単な検査の費用、簡単な物理療法の費用、簡単な処置の費用など、基本的な診療行為の費用を含んだ点数として規定されています。これらの簡単な行為をまったく行わない場合でも算定できるものであり、逆に、何回行っても所定点数しか算定できません。含まれる診療行為を行った場合においても、診療録にその旨及び結果などを記載します。

また、加算が規定されている場合があり、算定要件を満たすことで算定できますが、その要件を満たしている根拠が診療録において明確になっていることが必要です。

例えば、初・再診料には、急患等やむを得ない事由により診療を求められ診療時間外に診察を行った場合、時間外加算等が算定できます。その際には、診療開始時間や受診時の状況など、診療録へ記載する必要があります。

本書においては、診療録への記載や添付が必要となるものとして、通知等において明確に規定されている項目について、留意点を踏まえながら解説します。

個別指導の状況とポイント ※重複する内容は編集しました

● 初診料

〈記載〉

- ・診療録への記載が不十分である。初診時は、主訴、現病歴、家族歴、既往歴、薬剤歴等をできるだけ詳細に病歴を聴取し、診療録に記載すること。

〈算定〉

- ・医学的に初診といわれる診療行為がないにも関わらず初診料を算定した。
- ・現に診療中の患者に対して新たな傷病の診断を行った際に、初診料を算定した。
- ・再診相当であるにもかかわらず、初診料を算定した。
- ・診療継続中の患者に対し、初診料を算定した。
- ・同一又は互いに関連のある疾病で受診した場合に算定した。
- ・慢性疾患等明らかに同一の疾病であると推定される場合の診療に対し、初診料を算定した。
- ・慢性疾患等明らかに同一の疾病又は傷病の診療を行った場合にもかかわらず、傷病名欄の診療開始日より新しい日付に変更し、初診料を算定した。

－ポイント－

- ・自院で行った健康診断に基づいて診療した場合は初診料は算定できません（他院かつ他医に基づくものは算定可）。
⇒同日であれば治療（特掲診療料）のみを算定し、後日であれば再診料を算定します。レセプトでは、コメントマスタに「健康診断から」「健康診断の結果に基づき治療開始」などがあります。
- ・患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合において、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱いません。

● 再診料

〈算定〉

- ・算定できない次の場合に算定した。
初診に附随する一連の行為で来院した場合
検査の結果のみを聞きに来た場合
診療情報提供書のみを受け取りに来院した場合
同一又は互いに関連のある疾病で受診した場合

－ポイント－

- ・初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できません。
ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合
イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合
ウ 初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたと、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合
⇒付随する一連の行為を行った日は実日数として数えませんが、
⇒付随する一連の行為を行った場合であって当該初・再診日が前月である場合は、上記アからウまでの中から該当するものをレセプトの摘要欄に記載します。

● 時間外等加算、夜間・早朝等加算

〈時間外等加算〉

- ・受診時間が該当しない。
- ・常態として診療応需の態勢をとっている時間に算定している。
- ・受診時間の記載がなく、算定の根拠が不明である。
- ・休日加算／受診日が該当しない。

〈夜間・早朝等加算〉

- ・受診時間の記載がなく、算定の根拠が不明である。
- ・診療録等に受付時間を記録するなどにより算定要件を満たしていることを明確にすること。
- ・午後6時から午前8時（土曜日にあつては正午）までの間等であつて、表示する診療時間内の時間に受付を行った患者以外の患者に対して算定した。
- ・夜間・早朝等加算について、受診日が該当していない。

－ポイント－

- ・時間外等加算、夜間・早朝等加算を算定する場合は、その根拠となる日時が明記されている必要があります。特に受診（受付）時間は明確にしておきましょう。

- ・加算対象となる曜日や時間などの算定要件を確認しましょう。

〈時間外等加算〉

⇒主として、保険医療機関が診療応需の態勢を解いた後において、急患等やむを得ない事由により診療を求められた場合には再び診療を行う態勢を準備しなければならないことを考慮したものです。そのため加算対象とされる時間帯等であっても、常態として診療応需の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外等の取扱いはできません。

⇒保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く）により時間外に診療が開始された場合は算定できません。

〈夜間・早朝等加算〉

⇒対象：午後6時（土曜日にあっては正午）から午前8時までの間（深夜（午後10時から午前6時までの間）及び休日を除く）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間。

⇒算定対象となる時間に受付を行った患者について算定します。

⇒多数の患者の来院による混雑や、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く）により当該加算の算定対象となる時間に診療が開始された場合は算定できません。

て、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う必要があります。

- ・患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する必要があります。
- ・特掲診療料として規定される処置を行った場合は算定できません。正しい算定を行いましょう。

● 電話等による再診

〈記載〉

- ・電話による再診について、治療上必要な適切な指示をした内容の記載が不十分である。

〈算定〉

- ・初診時又は再診時に行った検査の結果のみを伝達した場合に算定した。

－ポイント－

- ・直接又は間接（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）による場合を含む）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときに算定できません。単に電話等による対応をしたことのみでは算定できません。
- ・指示をした内容について診療録に記載します。

● 外来管理加算

〈記載〉

- ・患者からの聴取事項や診察所見の要点について、記載していない又は記載が不十分である。

〈算定〉

- ・計画的な医学管理を行わず算定した。
- ・患者本人が受診せず、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合に算定した。
- ・処置を行っているにもかかわらず、処置料を算定せず、外来管理加算を算定した。
- ・電話再診で算定した。

－ポイント－

- ・外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえ

A000
A001
A002

初診料 情報通信機器を用いた診療
再診料 情報通信機器を用いた診療
外来診療料 情報通信機器を用いた診療

厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合は、初診料又は再診料が算定できます^{*1}。

情報通信機器を用いた診療^{*2}については、実施に当たってルールが規定されています。その内容を遵守して行うことが必要です。

規定【記載】

- ・厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という）に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、**診療内容、診療日及び診療時間等の要点**を診療録に記載する。
- ・情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行う。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておく。
 - (イ) 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - (ロ) 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
- ・情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、**当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**する。また、処方を行う際には、オンライン指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、**当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**する。

記載等のポイント

- 診療内容、診療日及び診療時間等の要点を記載する。
- オンライン指針に沿った適切な診療であることを記載する。
- (処方を行う際) オンライン指針に沿った適切な処方であることを記載する。
- 夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合について、事前に受診可能な医療機関を患者に説明する。
- (当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合) 当該医師が所属する医療機関名を記載する。
- (当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合) 対面診療により診療

◎A000【注1】ただし書き

◎A001【注1】ただし書き

◎A002【注1】ただし書き

※1 初診については「かかりつけの医師」が行うことが原則です。また、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」などが定められています

※2 情報通信機器を用いた診療

(診療に当たって)

- ・オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療であること
- ・対面診療を適切に組み合わせで行う
- ・オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合は、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介する。そのため、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること

(実施場所)

- ・原則、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施

(緊急時対応)

- ・原則、当該保険医療機関が必要な対応を行う。当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合は、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を確保する

(費用)

- ・予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない
- ・情報通信機器の運用に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる

できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意を記載する。

記載例

症例：再診、高脂血症，41歳，女性，内科B医師（かかりつけ医）
 仕事が多忙の為、情報通信機器を用いた診療を**本人が希望**し、実施中。対面診療への変更、緊急時や夜間・休日等の対応等説明済み、
オンライン診療計画説明済み、同意有
 かかりつけ医：◎◎診療所（当院）
 3か月に1回は対面診療及び定期検査
 服用薬（当院処方）：アトー●ット配合錠LD，現在他院処方なし

5月12日 12:10~12:21 情報通信機器

B医師 身分証提示/患者承諾あり

Pt 運転免許証の写真/患者確認済み

オンライン診療に適さないと判断した場合は対面診療になることを説明、同意あり

S) 体調は特に変わりなし→運動状況確認：努力している，時間がとれなくて週1~2回30分ぐらいを目標にしている

薬は忘れずに飲んでいる→残薬を出してもらい確認済み

飲酒/週2日程度，外食もほぼしていない→どの程度？：月3回

昼食は弁当持参→内容？：煮野菜+魚，卵を中心にカロリー気遣う

体重 56kg，変わりなし

O, P) 体調特変なし，体重増減なし，先月以来他院での治療・処方なし，処方可能

処方DO /アトー●ット配合錠LD 1×1 T 28TD

指導：引き続きお酒を控える，禁煙を続ける，外食を控える，食事内容を常にメモし振り返ること，脂っこい食事は控えバランスをとる，運動は少しでも継続すること

次回予約 6月9日14:00

採血採尿，心電図，胸部X-Pの後診察

オンライン指針に沿った診療である✓

オンライン指針に沿った処方である✓

●1 情報通信機器を用いた診療は患者が希望した場合に行われます

●2 対面診療，時間外等の対応について患者に説明し，同意を得た旨及びその内容を記載します

●3 診療内容，診療日，診療時間等の要点を記載します

●4 オンライン指針に沿った適切な診療であることを記載します

●5 オンライン指針に沿った適切な処方であることを記載します

A000 初診料 機能強化加算

機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関^{※1}における初診を評価するものです。

機能強化加算を算定する保険医療機関においては、かかりつけ医機能を有する医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明します。

- (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載する。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能である。
- (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行う。
- (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じる。
- (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じる。
- (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行う。

規定【記載】

患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載する。

記載等のポイント

- 対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示する。
- 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を記載する。

◎A000「注10」

※1 施設基準届出診療所又は許可病床数が200床未満の病院において、加算することができます

B001-3 B001-3-3

生活習慣病管理料（Ⅰ）改

生活習慣病管理料（Ⅱ）新

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては、生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものです。治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、施設基準を満たす保険医療機関（病床数200床未満の病院又は診療所に限る）で算定できます。

＜（Ⅰ）及び（Ⅱ）の施設基準＞

- (1)生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい
- (2)患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること

＜（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定の流れ＞

- ①療養計画書（様式は「別紙様式9」^{※1}又はこれに準じた様式）を作成する
- ②患者に、療養計画書を交付し、丁寧に説明を行い、患者の同意を得る（当該計画書に患者の署名を受ける）
- ③交付した療養計画書の写しを診療録に添付する
- ④（Ⅰ）又は（Ⅱ）を継続して算定する月は、療養計画書（様式は「別紙様式9の2」^{※2}又はこれに準じた様式）を交付する

※当該療養計画書の内容に変更がない場合は、概ね4月に1回以上は交付し、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合には交付する

規定【添付】【記載】

- ・交付した「療養計画書（初回用）」の写しは診療録に添付しておく。
- ・交付した「療養計画書（継続用）」の写しは診療録に添付しておく。
- ・血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。
- ・「療養計画書（初診用・継続用）」については、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。

記載等のポイント

＜初回算定月＞

- 「療養計画書（初回用）」を作成し、患者に説明し、同意（署名）を付けて交付する。
- 患者の署名が入った「療養計画書（初回用）」の写しを添付する。

◎令和6年度改定において、生活習慣病管理料は生活習慣病管理料（Ⅰ）へ名称変更し、同（Ⅱ）が新設されました。共に施設基準が設けられ、（Ⅱ）についてはオンラインで行った場合も算定できます

※1 「別紙様式9」→生活習慣病 療養計画書 初回用（解釈p1036頁参照）

療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えありません。また、血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えありません

※2 「別紙様式9の2」→生活習慣病 療養計画書 継続用（解釈p1037頁参照）

〈算定2月目以降：計画に変更がない場合は4月に1回以上，変更があった場合，患者又はその家族等から求めがあった場合は都度〉

- 「療養計画書（継続用）」を作成し，患者へ説明し，同意（署名）を受けて交付する。
- 患者の署名が入った「療養計画書（継続用）」の写しを添付する。

記載例

症例：糖尿病（主）10年ほど前から。併存に脂質異常症，高血圧症，骨粗鬆症

〇〇〇，〇〇〇〇内服中

アレルギー：なし

定期受診：当院のみ

9月26日 定期受診

S) 体重 71kg, BMI 25, BP: 140/75

独歩で来院。歩行は問題なさそう。

内服は忘れずにできている。時々だるさがある。トイレが近いのは変わらず。

食事は気を付けている。

O) 本日定期検査実施 ー検査指示書省略ー

HbA1c 6.5 少しずつ改善傾向

ECG: np

胸部XP: np

(検査結果詳細省略)

A, P)

糖尿病について，治療計画を立案し総合的な治療管理を行っていく旨を伝え，生活習慣病療養計画書（初回用）（別添）説明し内容に理解をしたこと及び同意を得る。

基本的には，今の内服を継続する。

出来る範囲で少しでも運動をする。炭酸飲料は控えること。

内服薬継続すること。今回28日分処方。

次回予約10月24日当院の眼科受診も行うことを指示した。

当科と眼科予約をとる

(処方内容省略)

- 1 療養計画書を作成します
- 2 本人に文書を用いて説明し，患者の十分な理解が得られたことを確認します
- 3 同意を得ます

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 2024 年 9 月 26 日)

患者氏名: ○○○○ (男・ 女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日生(○才)	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

お祝い・検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】	<input checked="" type="checkbox"/> 体重:(71 kg) <input checked="" type="checkbox"/> BMI:(25) <input checked="" type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(140 / 75 mmHg)
	<input checked="" type="checkbox"/> HbA1c: (6.5 %)
【①達成目標】:患者と相談した目標	[目標体重(65kg)を目指す 目標のHbA1c(5.8)に改善、継続させる]
【②行動目標】:患者と相談した目標	[薬を指示通りに内服すること、炭酸飲料を控えること 出来る範囲で運動をすること、血圧を自宅で朝夕はかること]
【要点を置く領域と指導項目】	<input checked="" type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input checked="" type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input checked="" type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 () <input checked="" type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 節酒:(減らす(種類・量:)を週 (回)) <input type="checkbox"/> 間食:(減らす(種類・量:)を週 (回)) <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input checked="" type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	<input checked="" type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(週 2~3 日) 強度(無理をしない程度に行う) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()
	<input checked="" type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input checked="" type="checkbox"/> 減量 <input checked="" type="checkbox"/> その他 家庭での計測(体重、血圧等) <input type="checkbox"/> その他 ()
【血液検査項目】 (採血日 9 月 26 日)	<input checked="" type="checkbox"/> 総コレステロール (○○○ mg/dl) <input checked="" type="checkbox"/> 血糖(<input checked="" type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後(時間) <input checked="" type="checkbox"/> 中性脂肪 (○○○ mg/dl) <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c : (○○○ %) <input checked="" type="checkbox"/> HDLコレステロール (○○○ mg/dl) <input checked="" type="checkbox"/> LDLコレステロール (○○○ mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 : ()
【その他】	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ <input checked="" type="checkbox"/> 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者署名

医師氏名

—付録—

診療報酬明細書の記載要領等 診療行為名称等の略号（医科・抜粋） 摘要欄への記載事項等（医科・抜粋）

診療報酬明細書の記載要領に関する事項

「点数」欄及び「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

●名称

書面による請求を行う場合は、別表Ⅳ「診療行為名称等の略号一覧(医科)」に示す略号を使用して差し支えない。原則、略号は「複初」等と四角囲みで記載する。

●「摘要」欄に記載する事項等

「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」の別表Ⅰ（医科）、別表Ⅱ（薬価基準）及び別表Ⅲ（検査値）のとおりである。

※本付録は、別表Ⅰ、別表Ⅲ（医薬品を除く）及び別表Ⅳを抜粋・編集したものです。各表中の「レセプト電算処理システム用コード」欄及びレセプト表示文言は省略。

（「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について（保医発0327第5号令和6年3月27日））

●初・再診料(略号)

区分	診療行為名称等	略号
A000	初診料／情報通信機器を用いた場合	情初
	初診料／2つ目の診療科初診	複初
	初診料／外来感染対策向上加算	初感
	初診料／発熱患者等対応加算	初熱対
	初診料／連携強化加算	初連
	初診料／サーベイランス強化加算	初サ
	初診料／抗菌薬適正使用体制加算	初抗菌適
	医療情報取得加算1	医情1
	医療情報取得加算2	医情2
	医療DX推進体制整備加算	医DX
A001	再診料／情報通信機器を用いた場合	情再
	再診料／2つ目の診療科再診	複再
	時間外対応加算1	時外1
	時間外対応加算2	時外2
	時間外対応加算3	時外3
	時間外対応加算4	時外4
	明細書発行体制等加算	明
	地域包括診療加算1	再包1
	地域包括診療加算2	再包2
	認知症地域包括診療加算1	再認包1
	認知症地域包括診療加算2	再認包2
	地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算／薬剤適正使用連携加算	薬適連
	再診料／外来感染対策向上加算	再感
	再診料／発熱患者等対応加算	再熱対
	再診料／連携強化加算	再連
	再診料／サーベイランス強化加算	再サ
再診料／抗菌薬適正使用体制加算	再抗菌適	
A000、A001	夜間・早朝等加算	夜早
A002	外来診療料／情報通信機器を用いた場合	情外
	外来診療料／2つ目の診療科再診	複外診
A001、A002	医療情報取得加算3	医情3
	医療情報取得加算4	医情4
	看護師等遠隔診療補助加算	看師補
A000、A001、A002	時間外加算の特例	特
	小児科標榜保険医療機関における夜間加算の特例	小特夜
	小児科標榜保険医療機関における休日加算の特例	小特休
	小児科標榜保険医療機関における深夜加算の特例	小特深

●初・再診料(摘要欄への記載事項等)

区分	診療行為	記載事項 ※()書は、該当する場合に記載する事項
A000	初診料	(2つ目の診療科初診) …2つ目の診療科の診療科名
A001	再診料	(2つ目の診療科再診) …2つ目の診療科の診療科名
A002	外来診療料	(看護師等遠隔診療補助加算／へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合) …前回の対面診療を実施した年月日(初回である場合は初回である旨) 例) 前回の対面診療を実施した年月日(再診料(看護師等遠隔診療補助加算)):(元号)yy年mm月dd日 等
A001	再診料	(同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む)) …同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む)がある旨 例) 同日再診料、同日電話等再診料 等
A000 A001 A002	初診料 再診料 外来診療料	(初診又は再診の後、当該初診又は再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって、当該初診日又は再診日が前月である場合) …「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択 例) ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを開きに来院 等 (情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) …当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療